



## Работа с блоками у опекунов

*Самое важное, что я получил, — это понимание того, что в этих обстоятельствах парализующий страх совершенно нормален. Так что я гораздо лучше осознаю необходимость работать с ним.*

— Опекун

Как уже отмечалось в настоящем руководстве, основная цель фокусированной на эмоциях семейной терапии — помочь членам семей пациентов в поддержании поведенческого и эмоционального здоровья их близких. Хорошо известно, что опекуны могут испытывать сильные эмоции [Holt, Jensen, & Wentzel-Larsen, 2014; Kyriacou, Treasure, & Schmidt, 2008; Seamier, Schmader, & Lickel, 2009; Stillar et al., 2016]. Хотя эти эмоциональные отклики могут быть первичными и адаптивными, они иногда отражают обусловленные реакции, основанные на детском опыте, социокультурном обучении и травме. На самом деле эмоциональные сигналы, связанные с привычными режимами заботы, во время стресса могут стать главным руководством для их реакций в текущий момент [Bechara, Damasio, & Damasio, 2000].

Один отец как-то поделился, что он воздерживается от обсуждения потенциально чувствительных тем со своей дочерью, когда она становится грустной или плаксивой. Он вырос в семье, где уязвимость не обсуждалась открыто (социокультурное влияние), а его сестра пыталась покончить с собой в подростковом возрасте (травма). Поэтому у него выработалась реакция страха на сигналы печали и отчуждения. Сталкиваясь с болью своей дочери, он цепенел и старался быстро утешить ее и отвлечь внимание. Другими словами, он автоматически реагировал на усвоенные сигналы, связанные с тем, что он выучил как опасное или болезненное в прошлом [Greenberg, 2010].

Вызванное таким образом поведение опекунов может привести к потере связи с инстинктами заботы и “заблокировать” доступ к ранее приобретенным знаниям и навыкам, что потенциально может привести

к реактивным, жестким или иным образом неэффективным паттернам реагирования [Siegel, 2010]. А ведь основная цель ФЭСТ заключается в том, чтобы снабдить опекунов передовыми навыками ухода, поддерживать восстановление их близких от проблем с психическим здоровьем. Например, опекуны часто сталкиваются с препятствиями, когда пытаются поддержать своего близкого человека в изменении поведения или отвечают валидацией на его чувства. Опекун может оказаться заблокированным в своих попытках установить границы, если его близкий человек сердито кричит в ответ. Супругам или партнерам очень трудно валидировать стыд своих близких, связанный с проблемными паттернами поведения, когда они боятся, что это углубит или усилит их боль. Родителя может парализовать страх, отключиться рациональное мышление в ответ на безнадежное отчаяние ребенка. Значительная часть работы в ФЭСТ в этих случаях направлена на руководство родителями и опекунами, чтобы они распознали и проработали свои “блоки” — т.е. любое проблемное отношение или поведение, подпитываемое эмоциями, особенно когда они возникают в контексте их роли агентов исцеления. Мы обнаружили, что эмоциональные состояния, наиболее негативно влияющие на отношение и поведение опекуна, включают **страх, стыд, беспомощность, безнадежность** и **обиду**. Эти состояния чаще всего приводят к отрицанию, избеганию, критике, отвержению, защите, обвинению других, а также приспособительному и потворствующему поведению. Исходя из вышеописанной позиции, блоки у опекунов не означают, что они не мотивированы или безразличны; скорее, мы рассматриваем их как установки и поведение, которые регулируют дистресс, связанный с болезнью близкого человека. Работа с блоками — это работа, направленная на то, чтобы помочь опекунам следить за эмоциональными состояниями и двигаться через них, не позволяя им мешать участвовать в задачах терапии, чтобы прервать проблемные паттерны отношений с близким человеком и оптимизировать поддерживающие усилия опекуна.

## Общие блоки для продвинутого ухода

Блоки у опекунов в области поведенческого коучинга часто выражаются в сопротивлении участию в лечении в более широком смысле, а также в осуществлении конкретных поведенческих вмешательств.

Например, опекуны могут сопротивляться поддержке экспозиции в контексте тревожного расстройства или поведенческой активации в контексте депрессии из-за опасений причинить своему близкому человеку слишком много страданий. Вместо этого они могут отрицать, минимизировать симптомы своего близкого человека или приспособиться к ним, а также включать их в повседневную жизнь семьи. У опекунов могут также возникнуть трудности с установлением ограничений для подопечного или им будет трудно приобщать близкого человека к поведению, ориентированному на здоровье, в случае если их усилия будут отвергнуты или близкий человек откажется от них. Опекуны могут даже проявлять реактивную враждебность и критиковать близкого человека за несоблюдение домашних правил или неспособность должным образом заботиться о себе. В области эмоционального коучинга наиболее распространенные блоки связаны с навыком валидации, когда опекунам чрезвычайно трудно вытерпеть боль своего близкого человека, когда они опасаются, что их усилия приведут к тому, что подопечный погрузится в пучину горя, безнадежности или стыда, и никогда не оправится. Другие опекуны могут сопротивляться “извинению” из страха, что участие в этом вмешательстве может открыть дверь для других обвинений или дать повод близкому человеку их возненавидеть.

Независимо от характера их участия, мы не можем не подчеркнуть, что опекуны — из всех слоев общества и в любых обстоятельствах — будут испытывать трудности в активной поддержке своего близкого человека, опасаясь, что страдание, связанное с их действиями, может привести к тому, что подопечный еще глубже погрузится, например, в депрессию, замкнется или, что еще хуже, попытается покончить с собой. В этих случаях парализующий страх усугубляется резкостью внутреннего критика опекунов, который убеждает их, что они будут виноваты, если это произойдет. Поэтому, когда опекуны ведут себя отстраненно, немотивированно или даже вызывающе в ответ на рекомендации по лечению, клиницист ФЭСТ предполагает: они страшно боятся (сознательно или нет), что их участие может привести к “чему-то худшему”, в чем они будут “виноваты”. Что касается чувства вины, то, как уже говорилось в главе 4, наш опыт показывает: большинство опекунов обвиняют себя в проблемах подопечных. Это самообвинение может быть легко вызвано и стать подавляющим, приводя к паттернам

защиты или избегания, выражению собственной боли или обвинению других в попытке снизить интенсивность их страдания.

В дополнение к страху и самобичеванию опекуны могут также испытывать безнадежность или беспомощность, что заставляет их действовать бесполезными способами. Например, при отсутствии навыков расстроенная жена, отчаянно пытающаяся убедить своего мужа заняться лечением посттравматического стрессового расстройства, может прибегнуть к угрозам или другим методам принуждения, которые могут еще больше усугубить проблему. Некоторые опекуны могут оказаться заблокированными негодованием по отношению к своему близкому человеку, другим членам семьи или даже клиницисту и команде. Подпитываемая чувством беспомощности и стыда обида, скорее всего, возникает тогда, когда все усилия опекунов, направленные на поддержку близкого человека, кажутся недооцененными, откровенно отвергнутыми или неэффективными.

Важно отметить, что вероятность возникновения этих и других проявлений блоков у опекуна возрастает в соответствии с уровнем его истощения. Когда блоки у опекуна усиливаются из-за усталости, клиницист помогает разработать четкий план, чтобы воспитатель смог сохранить свое психическое и физическое здоровье. Такой план включает в себя конкретные и управляемые цели по развитию самосострадания и заботы о себе, поскольку это повысит уверенность опекунов в своей роли и защитит их от выгорания, особенно если они уже чувствуют себя уязвимыми или имеют собственную историю болезни.

## **Сдерживающая мудрость**

Хотя очевидно, что необработанные или неадаптивные эмоции опекуна могут привести к возникновению проблемных паттернов реагирования перед лицом страданий близкого человека, верно и то, что почти в каждом блоке есть жемчужины мудрости и основы любви. Например, определенный уровень страха или сопротивления опекуна может быть уместным в зависимости от состояния текущего психического здоровья близкого человека. Страх матери, которая неохотно выполняет упражнения на экспозицию со своим сыном, имеющим историю суицидальности, не является полностью дезадаптивным. Ее действия подпитываются глубокой материнской любовью. Таким образом, цель состоит в том,

чтобы трансформировать необработанную эмоцию, приводящую к нежеланию вовлекать близкого человека, и получить доступ к мудрости и любви опекуна. С этой матерью терапевт будет работать, чтобы развеять ее парализующие страхи, используя стратегии, обсуждаемые в этой главе. Руководствуясь мудростью своего страха и любовью, которую она питает к своему сыну, мать научится интегрировать навыки эмоционального коучинга до, во время и после упражнения на экспозицию, чтобы повысить переносимость вмешательства. Кроме того, ей будет рекомендовано усилить наблюдение в течение определенного периода времени, чтобы выявить и принять меры в отношении потенциальных признаков расстройства у ее ребенка. Другими словами, в действительности клиницисты работают совместно с опекунами, чтобы помочь им освободиться от парализующего захвата блока и найти новый способ действия, основанный на мудрости их инстинктов и любви к близкому человеку.

## Обработка блоков опекуна

Если ФЭСТ-терапевт подозревает, что блок может помешать вовлеченности опекуна в выздоровление близкого человека, он занимается обработкой этих проблемных состояний и связанных с ними установок и поведения с помощью психообразования, инструментов самооценки, эмоционального коучинга, практики эмпирических навыков и работы с пустым стулом. Выявление и обработка блоков у лица, осуществляющего уход, на протяжении всего лечения помогает опекунам восстановить доступ к мудрости своих инстинктов ухода, освобождает их для реализации новых продвинутых навыков и воссоединяет с их подлинным желанием поддержать близкого человека, чтобы двигаться к здоровью и адаптивному функционированию [*Strahan et al., 2017*]. Тем не менее эти вмешательства требуют различного уровня комфорта и мастерства в отношении основополагающих принципов ФЭСТ, а также самих методов и инструментов. Таким образом, мы рекомендуем клиницистам, новичкам в этой модели, начать с изучения полезности целенаправленного психообразования, инструментов самооценки, структуры эмоционального коучинга и практики эмпирических навыков, прежде чем перейти к более продвинутому методу выбора мишеней среди блоков у опекунов с помощью работы с пустым стулом.

## Психообразование

Психообразование необходимо для того, чтобы нормализовать страхи и другие эмоциональные препятствия, которые возникнут у опекунов на трудном пути к выздоровлению их подопечного. В соответствии с принципом прозрачности ФЭСТ клиницисты вводят понятие блоков на этапе оценки или на ранней стадии лечения, по мере необходимости отмечая, что они, вероятно, будут возникать внутри у каждого члена семьи и даже среди членов лечебной команды. Используя метафору дерева, терапевты рассказывают, что блоки коренятся в страхе, стыде, безнадежности, беспомощности или обиде и могут проявляться по-разному (рис. 5.1). Затем клиницист приводит примеры наиболее вероятных блоков, которые могут возникнуть у опекуна, основываясь на симптомах или клинической истории близкого человека (или на том и другом), и призывает идентифицировать те из них, с которыми опекун может иметь дело. Когда блоки появляются на сессии, клиницист просто обращается к метафоре дерева, чтобы перенести обсуждение с поверхностных установок или поведения (например, убежденность в том, что близкий человек симулирует симптомы) на эмоциональные корни блока (например, беспомощность, стыд).



Рис. 5.1. Метафора дерева

Если родители критически относятся к проблемным паттернам друг друга, эта метафора может помочь им, проявляя эмпатию, концептуализировать свое поведение, что приведет к более продуктивному обсуждению и решению проблем.

В некоторых случаях психообразования может быть достаточно, чтобы повысить осознание опекунами влияния, которое эмоциональные блоки оказывают на их способность чувствовать сострадание к своему близкому человеку, уверенность в себе и решать задачи, способствующие физическому и эмоциональному благополучию их близкого. Этот непатологизирующий процесс открытия может также улучшить рабочий альянс, что, в свою очередь, повышает доверие опекуна к клинической команде. Предвосхищение появления блоков — независимо от того, проявляются они в отношениях или поведении — также дает возможность опекуну обратиться за помощью в их преодолении, а не отвергать их или быть захваченным страхом, стыдом или обидой и уйти “в подполье”, если они возникнут.

### **Инструменты для самооценки**

Инструменты самооценки помогают опекунам и клиницистам выявить текущие или потенциальные блоки, которые могут помешать лечению. В контексте ФЭСТ используются следующие инструменты самооценки:

- а) анималистические метафоры нового метода Модсли [*Treasure, Smith, & Crane, 2007*] и опросник о стиле ухода;
- б) шкала ловушек для опекунов;
- в) шкала характера отношений.

Использование этих инструментов также помогает нормализовать наличие блоков у опекунов, поскольку они были разработаны с помощью родителей и опекунов, поддерживавших близкого человека с проблемой психического здоровья, и представляют собой общие реакции на такое вовлечение.

### **Анималистические метафоры**

Чтобы помочь в процессе идентификации, понимания и депатологизации выражения эмоциональных блоков, опекунам предлагаются



новые анималистические метафоры Модсли [*Treasure et al., 2007*]. Эти метафоры были впервые разработаны для иллюстрации общих эмоциональных и поведенческих паттернов реагирования, в которых опекуны склонны участвовать, поддерживая близкого человека с РПП. С тех пор они были адаптированы для использования среди опекунов с близкими людьми, страдающими от поведенческих проблем, психических заболеваний или проблем с физическим здоровьем.

Первый набор анималистических метафор используется для иллюстрации эмоциональных реакций, которые опекуны могут проявлять перед лицом болезни близкого человека. В этот набор входят “медуза”, “страус” и “сенбернар”. Воспитатель сначала знакомится с “медузой” и “страусом”, которые представляют собой две крайности эмоциональных реакций. На одном конце континуума находится “медуза”, которая может быть немного неустойчивой и чьи эмоции имеют тенденцию переливаться через край. На другом конце континуума “страус” старается не видеть, не думать и не иметь дело с эмоциями. Вместо этого он сосредоточивается на практических способах поддержания семьи. Затем опекунам предлагается отождествить себя с животным (медузой или страусом), которое является наиболее подходящим для их эмоционального стиля совладания, когда они сталкиваются со стрессовыми ситуациями, связанными с их близким человеком. Наконец, опекунам представляют образ “сенбернара”, собаки, участвующей в спасательных операциях. Мы призываем родителей и опекунов стремиться подражать сенбернару во времена стресса, поскольку эти животные высоко ценятся за то, что они надежны, спокойны, последовательны и обеспечивают тепло и товарищество на пути к безопасности [*Treasure et al., 2007*].

Второй набор анималистических метафор используется для иллюстрации общих стилей ухода за больными. В этот набор входят “кенгуру”, “носорог” и “дельфин”. Как и в случае с первым набором метафор, воспитатель сначала знакомится с “кенгуру” и “носорогом”, которые представляют собой две крайности в этом измерении. “Кенгуру” склонен к чрезмерной защите, носит подопечного в своей сумке, чтобы защитить его от жизненных проблем, включая неудачу или боль. “Носорог” бросается в атаку, пытаясь логикой переубедить близкого человека или контролировать его. Затем опекунам предлагается отождествить себя с животным (кенгуру или носорогом), которое является наиболее

подходящим для их стиля ухода, когда они сталкиваются с трудными ситуациями, связанными с их близким человеком.

Наконец, клиницист представляет им образ дельфина — животного, известного тем, как оно поддерживает свое потомство, направляя его вперед, плывя рядом или поддерживая по мере необходимости. Дельфин представляет собой оптимальный баланс заботы и контроля в уходе за пациентами; таким образом, опекуны поощряются к переходу от положения “кенгуру” или “носорога” к положению “дельфина”, особенно в периоды стресса.

Эти два набора метафор обеспечивают удобный, легко усваиваемый и не вызывающий опасений подход к обсуждению проблемных моделей ухода на сеансах и в рамках семьи. Они могут быть использованы терапевтически различными способами. Во-первых, клиницисты могут предложить опекунам определить своих доминирующих животных во время стресса, будь то на индивидуальном, семейном или групповом сеансе. Как-то на семинаре по уходу за детьми одна мать со смехом воскликнула, что она “медуза с сумкой”, и это заставило других опекунов задуматься о своих моделях поведения. Подопечным также предлагается охарактеризовать стили опекунов, используя те же самые образы, делая это в игровой форме и ускоряя процесс преобразования этих потенциально проблемных моделей. Для этого упражнения мы разработали инструмент, который помогает опекунам самостоятельно размышлять о своих доминирующих стилях, способствуя изменениям (см. приложение Д).

### **Шкала ловушек для опекунов**

Наш опыт показывает, что многие лица, осуществляющие уход, не сообщают о своих страхах перед лечением клинической команде из-за страха осуждения или потому, что эти страхи просто находятся вне их осознания. Шкала ловушек опекунов предоставляет клиницистам инструмент для быстрой оценки наличия и силы страха у попечителей, связанного с их ролью в качестве активных агентов изменений во время лечения их близкого человека. Эта шкала была разработана в течение нескольких лет на основе общих опасений, выраженных родителями, участвующими в поддержке выздоровления их ребенка от РПП. С тех пор она была одобрена для использования с этой популяцией [Lafrance, Strahan, & Stillar, 2019] и адаптирована для ухода за близкими людьми

с различными проблемами психического здоровья (см. приложение Е). Общая шкала содержит перечень 14 потенциальных страхов, связанных с коучингом поведения и проявлением симптомов.

Примеры из этой субшкалы включают в себя следующее: “Я беспокоюсь о том, что могу создать напряжение в моих отношениях с партнером”, “Я беспокоюсь о том, что могу подтолкнуть моего близкого человека к депрессии (*бегству, самоубийству*)” и “Я беспокоюсь о том, что меня обвинят или осудят”.

Каждый страх оценивается по семибалльной шкале Лайкерта, причем более высокие баллы отражают более высокий уровень озабоченности.

Использование шкалы ловушек для опекунов с целью повышения осведомленности о лежащих в их основе страхах нормализует их наличие и, возможно, является самым простым способом уменьшить их воздействие. Мы рекомендуем пересмотреть отдельные пункты, принимая во внимание относительные крайности. Некоторые опекуны отметят небольшое количество пунктов на низком уровне, в то время как другие подчеркнут большое количество пунктов на высоком уровне. Независимо от характера реагирования, относительные высоты считаются значительными и представляют собой дорожную карту потенциальных уязвимостей, которые могут потребовать внимания. На самом деле мы обнаружили, что отмеченные страхи могут просто представлять диапазон реальных страхов, которые воспитатель в силах обсуждать дальше, и на указанном уровне интенсивности. По этой причине, а также потому, что по мере лечения могут выявиться новые страхи, мы рекомендуем повторное использование шкалы.

Как только страхи будут выявлены, врач-клиницист может также предложить лицу, оказывающему уход, соответствующую эмоциональную и практическую поддержку. Например, если отец обеспокоен тем, что его участие в терапевтических вмешательствах приведет к чувству обиды у других детей, терапевт может предоставить ему возможность практиковать ответную реакцию с валидацией реакций братьев и сестер.

Что касается страхов у лиц, осуществляющих уход, связанных с суицидальностью, то многие попечители опасаются, что их участие в восстановлении психического здоровья близкого человека может привести к тому, что они будут подавлены страданием и подвержены

суицидальным мыслям. Таким образом, может возникнуть необходимость в работе с опекунами для создания плана безопасности в рамках работы с блоками. Если опекуны отмечают пункт, касающийся суицидальности, их учат распознавать предупреждающие признаки (например, паттерны изоляции, слова или записи о смерти), задавать прямые вопросы о суицидальных идеях (например, “Ты думаешь о самоубийстве?”), определять, существует ли суицидальный план (например, “Есть ли у тебя план лишиться себя жизни?”) и оценивать средства для осуществления такого плана (“Где бы ты взяла таблетки?”). Затем опекуны получают инструкции по обеспечению безопасности в домашних условиях, удаляя средства для самоубийства, такие как острые предметы или опасные вещества, и обучаются индивидуальному мониторингу, если это оправданно. Им также рекомендуется уделять пристальное внимание своей внутренней системе сигнализации и привлекать внешнюю поддержку, такую как мобильные кризисные подразделения или службы неотложной помощи, по мере необходимости (см. приложение Ж). Обоснование для обучения опекунов этим конкретным наборами навыков является двояким.

Во-первых, это повышает эффективность работы опекунов по обеспечению безопасности их близких в периоды риска.

Во-вторых, обучение их этим навыкам может снизить тревожность опекунов, если они боятся, что их близкий человек станет самоубийцей от стресса домашних вмешательств, независимо от риска. Другими словами, овладев этими навыками, опекуны не только смогут правильно оценивать уровень безопасности, но и будут уверенно двигаться вперед с помощью поведенческого коучинга, зная, что успешно справятся с возникающими сложными ситуациями.

### **Шкала характеристик отношений**

Исходя из предпосылки, что на каждое действие есть реакция, опекунам предоставляется шкала характеристик отношений для выявления возможностей инициировать небольшие изменения в их стиле отношений с надеждой, что они приведут к параллельным изменениям у их близкого человека (см. приложение З). Хотя данная шкала также может быть использована для оказания поддержки лицам, осуществляющим уход, в выявлении поляризованных паттернов, ее основное внимание сосредоточено на определении поведенческих мишеней для создания

большей гибкости в системе. Это становится особенно актуальным, если, несмотря на все усилия опекуна и команды, поведение подопечного не меняется. Для этого шкала характеристик отношений включает в себя ряд стилей отношений с двумя крайностями, расположенными на концах континуума. Примеры включают в себя “всегда серьезен” — “всегда острит”, “всегда извиняется” — “никогда не извиняется” и “всегда злится” — “никогда не злится”. Опекунам предлагается отметить галочкой свое место на шкале в настоящее время. После завершения работы отмечаются относительные крайности, и в ответ ставятся две-три поведенческие цели. Например, зачастую члены семьи, в которой кто-то страдает хроническим и тяжелым психическим расстройством, сообщают, что радостные моменты в их жизни крайне редки, если вообще случаются. В таких случаях опекунам предписывается пойти домой и сделать какую-нибудь глупость вместе со своим подопечным. Родители и супруги, которые сделали это, были поражены воздействием даже самых маленьких жестов. Одна женщина (Патриция), поддерживающая дочь (Наташу), которая боролась со злоупотреблением психоактивными веществами, положила банановую кожуру себе на голову во время еды. Ее дочь расхохоталась, и Патриция отказалась убирать кожуру, пока они не поужинают. На следующий день Патриция участвовала в группе опекунов, что позволило ей и Наташе обсудить ситуацию и принять обязательства по изменению. Она также сообщила, что Наташа провела гораздо более спокойный вечер и смогла удержаться от приема препаратов перед сном.

Другие идеи домашних заданий могут быть не столь интуитивно понятными. В этих случаях клиницист ФЭСТ помогает опекуну разобраться с непонятными паттернами.

Вооружившись новым пониманием, опекуны могут взять на себя обязательство делиться тем, что они узнали, со своим близким человеком и работать вместе, чтобы прервать эти паттерны и создать новые, более адаптивные стили отношений друг с другом. Супружеская пара, поддерживающая свою взрослую дочь, страдающую от чувства подавленности, решила устроить громкую ссору, осознав, до какой степени они избегают конфликта в доме. Супруги предупредили дочь, что ссора не будет настоящей, чтобы не напугать ее, но обязались изменить семейную норму, в том числе поощряя свою дочь выражать гнев по отношению к ним. Хотя это было немного комично, они сообщили о положительном эффекте, давшем надежду на большие перемены.

После того как родители и воспитатели отметили свои ответы по каждому из пунктов и обсудили возможные цели в ответ на их относительные крайности, следует задать два дополнительных вопроса: “Вы более чувствительны к отказу или неуважению?” и “Вам больше нравится обеспечивать комфорт или устанавливать границы?” Семейное восстановление после большинства проблем с психическим здоровьем требует от опекуна определенной способности терпеть как отвержение, так и неуважение. Точно так же, и особенно в контексте ФЭСТ, опекуны должны иметь возможность обеспечить своему близкому человеку комфорт, когда он страдает, и установить соответствующие ограничения в отношении демонстрации нежелательного поведения. С помощью этого исследования опекуны выявляют свои сильные стороны и работают над своими слабостями. Это также может помочь опекунам с большей легкостью распознавать и преодолевать свои блоки, если они возникают. Хотя этот инструмент изначально был разработан для использования опекунами в отношении их подопечного, мы обнаружили, что он также полезен для решения проблем с другими членами семьи. При этом каждый из родителей дополняет этот инструмент самостоятельно и обсуждает способы, с помощью которых они могут работать вместе для повышения сплоченности и сотрудничества, используя сильные стороны и компенсируя недочеты друг друга. Вместе эти инструменты самооценки помогают выявить и нормализовать наличие блоков у опекунов и начинают процесс их проработки, внося их в сферу сознания опекуна, делая их явным фокусом во время сеанса и побуждая опекунов разрабатывать планы действий на тот момент, когда они появятся. В нашей практике эти инструменты кажутся наиболее эффективными, когда используются в контексте сеанса, где подопечный не присутствует (чтобы обеспечить свободу в обсуждении потенциальных блоков), или в группе, поддерживаемой клиницистом, чтобы извлечь выгоду из процессов универсальности и межличностного обучения, когда участники делятся друг с другом своими триггерами и опытом преодоления блоков [Yalom, 1995].

Среда безусловного принятия также укрепляет рабочий союз с клиницистом и командой, обеспечивая общий язык для более эффективного общения и сотрудничества при работе с потенциально чувствительными проблемными циклами.

Независимо от того, использует клиницист анималистические метафоры, шкалу ловушек опекуна или шкалу характеристик отношений, при работе с другими членами семьи важно отметить возможность того, что они будут представлять различные паттерны реакций. В таких случаях они могут непреднамеренно подкреплять реакции друг друга. Например, когда защищающиеся опекуны наблюдают жесткую позицию других членов семьи, они с большей вероятностью переоценят поведение партнера, сильнее защищаясь в ответ. Этот процесс может привести к порочному циклу и в крайних случаях к перелому внутри семьи. Это особенно рискованно, когда попечителями являются, например, разделенные или разведенные супруги или в семье уже существует значительное напряжение. Опекуны, получив эту информацию, могут идентифицировать данные циклы в действии, уменьшить их влияние и работать над более согласованным подходом к реагированию на эмоции и поведение подопечного.

### **Эмоциональный коучинг: клиницист — опекуну**

Клиницисты не должны недооценивать значение эмоционального коучинга для поддержки обработки эмоциональных состояний, подпитывающих блок у опекуна. Независимо от проявлений блоков, важно, чтобы клиницист глубоко валидировал страх, стыд, безнадежность, беспомощность и/или чувство обиды, прежде чем поддерживать их более практическими способами.

#### **Сценарий 1**

**Опекун (Лин).** Я так расстроена из-за Цзябао. Клянусь, он манипулирует всеми нами. Он говорит только о наших неудачах во время сессии. И ни единого слова дома и никаких признаков того, что что-то не так. Я уверена, что он водит нас за нос. Как будто ему нравится видеть, как мы страдаем. Я больше так не могу.

**Клиницист.** Лин, я могу только представить, как это вас расстраивает, потому что, помимо всего прочего, это должно быть похоже на то, что он хочет убедиться: я знаю, что вы не идеальны. Держу пари, что на каком-то уровне вы чувствуете, будто вас постоянно вызывают

на ковер. А вы не знаете, чего ожидать. Я могу понять, что вы не решились бы валидировать опыт Цзябао, если бы это была стратегия привлечения внимания, которую вы могли бы таким образом подкрепить. На вашем месте я бы чувствовал себя очень расстроенным и, возможно, немного напуганным. Наверное, очень трудно понять, что делать и кому доверять. Я не виню вас за то, что вы чувствуете раздражение от всего этого, особенно когда работа, которую мы делаем вместе, до сих пор не была продуктивной.

В зависимости от реакции опекуна клиницисту ФЭСТ может потребоваться продолжать отвечать валидацией. Как только фрустрация начинает рассеиваться, настало время определить возможные эмоциональные потребности (уверенность в том, что вы также хотите избежать подкрепления проблемных моделей поведения), а также практические потребности (структурированный план эксперимента с этим подходом).

## Сценарий 2

**Опекун.**

При всем моем уважении, д-р Моралес, я не думаю, что семейная терапия — это правильный путь. Мы чувствуем, что Софи нужно поговорить с кем-то, кроме нас. Мы не хотим вмешиваться в ваши отношения, и, ну, мы не вечны. Поэтому мы думаем, что лучше всего, чтобы ее выздоровление было ее собственным достижением.

**Клиницист.**

Я понимаю, о чем вы говорите. С тех пор как я работаю с Софи, ее поведение стабилизировалось. Я могу себе представить, как вы будете беспокоиться о снижении ее прогресса, если мы изменим способ лечения. Возможно, вы даже почувствуете ответственность за это, если все пойдет не так хорошо. Полагаю, вы беспокоитесь, что она может обидеться на ваше участие. Я бы не стал винить вас, если бы у вас возникла тревога из-за этого. В последнее время все было очень напряженно. Если бы я был на вашем месте, то, наверное, чувствовал бы то же самое.



Клиницист следует за этими попытками валидировать опасения лица, обеспечивающего уход, с помощью эмоциональной поддержки, возможно, подчеркивая нормальность его опыта. Когда терапевт отвечает таким образом, опекуны чувствуют себя услышанными и понятыми, интенсивность их эмоционального состояния снижается, а эмоциональная поддержка повышает их способность быть гибкими и принимать взвешенные решения. Они также станут более отзывчивыми и настроенными на потребности своего близкого человека.

### **Эмпирическая практика навыков**

После того как опекуны освоили продвинутые навыки ухода за больными с помощью ФЭСТ и могут предвидеть возможные блоки, клиницисты вовлекают их в целенаправленную ролевую игру. В частности, клиницист демонстрирует преувеличенную версию подопечного, выражающую гнев, стыд, даже желание умереть, чтобы вызвать с их согласия физиологическое выражение блока у опекуна (например, учащенное сердцебиение, растерянность). Затем, используя принципы построения строительных лесов, терапевт обучает опекуна отвечать с помощью валидирующих сценариев и обеспечивает обратную связь относительно объема выражения, тона и позы тела, перестраивая реакцию до тех пор, пока она не начинает ощущаться более естественной.

Терапевт и опекун повторяют этот сценарий снова и снова, внося небольшие вариации, чтобы способствовать процессу генерализации. Иногда одни и те же сценарии будут практиковаться в течение всего сеанса или в течение нескольких сеансов. Ключом к этому упражнению является повторение, потому что это будет способствовать созданию новых нейронных связей. Со временем опекуны разовьют гибкость, позволяющую перейти от импульсивных, основанных на страхе или обусловленных реакций к продуманным реакциям, которые с большей вероятностью будут продуктивными. В конечном счете стандартные способы реагирования опекуна на болезненные эмоции близкого человека будут вытеснены новыми паттернами реагирования, даже в периоды стресса [Siegel, 2012].

Другой распространенный сценарий, известный как *индуцирование блоков*, включает в себя близкого человека, который молчит перед лицом попыток опекунов установить контакт. Особенно неприятно для родителей получать минимальную обратную связь от своего

ребенка или вообще не получать ее, учитывая силу их нейробиологической связи. Родители и опекуны часто чувствуют страх, неуважение или обиду и реагируют на эти эмоциональные состояния, потенциально подкрепляя проблемные циклы. Чтобы помочь им преодолеть этот блок и руководствоваться тщательно разработанным сценарием (см. приложение И), терапевт и опекун по очереди берут на себя роль близкого человека и валидируют его молчание в течение как минимум 5 мин. Эта практика “говoreния в пустоту” *in vivo* повышает комфорт и уверенность опекунов в применении навыков эмоционального коучинга в такой экстремальной ситуации, делая менее вероятным, что они будут испытывать скованность или не смогут удержать выплеск своего разочарования, когда их близкий человек выглядит пренебрежительно или замкнуто. Когда они берут на себя роль своего близкого человека, они также на собственном опыте узнают, что глубокое слушание и обработка эмоций происходят скрыто, что еще больше подкрепляет использование ими недавно приобретенных навыков. Независимо от того, является это ответом на эмоциональную боль их близкого человека или на поведенческие вспышки, мы считаем, что эмпирическая практика навыков является одним из самых простых и эффективных методов поддержки трансформации блоков у опекунов, которые возникают на протяжении всего лечения.

### **Блоки у опекунов. Работа со стулом**

Клиницисты разных направлений могут использовать психообразование, инструменты самооценки, навыки эмоционального коучинга и эмпирическую практику навыков для выявления блоков у опекунов и работы с ними. В контексте индивидуальных и групповых сеансов с опекунами обученные терапевты могут также использовать более интенсивную терапевтическую технику, уникальную для ФЭСТ, чтобы поддержать трансформацию поведенческих блоков. Эта техника называется работой со стулом и основана на вмешательствах с помощью стульев в эмоционально-ориентированной терапии (EFT), в частности с использованием техники самопрерываемого разделения с двумя стульями.

*Самопрерываемое разделение* возникает, когда <...> одна часть “я” прерывает или ограничивает эмоциональное переживание и выражение: “Я чувствую, как подступают слезы, но сдерживаюсь изо всех сил и ни в коем случае не стану плакать”. Введение в действие двух стульев используется для того,

чтобы сделать прерывающую часть самоочевидной. Клиенты ориентируются на то, чтобы осознать, как они прерывают и как они это делают, будь то физический акт (подавление или выключение голоса), метафорический (клетка и т.д.) или вербальный (“заткнись, не чувствуй, молчи, ты этого не переживешь”), чтобы они могли ощутить себя активными в процессе отключения. Затем им предлагается отреагировать на прерывающую часть своего “я” и бросить ей вызов. Разрешение включает в себя выражение ранее заблокированного опыта [Greenberg, 2010, pp. 34-35].

Работа с блоками у опекуна с помощью стула отличается от этого классического вмешательства ЕФТ двумя существенными характеристиками. Во-первых, самопрерываемое разделение с помощью двух стульев служит для трансформации паттернов эмоционального подавления, тогда как в работе с блоками у опекуна со стулом основное внимание уделяется трансформации паттернов поведения. Во-вторых, в контексте работы с блоками у опекуна со стулом он не только переживает воображаемый диалог между двумя частями своего “я”, чтобы повысить осознание внутренних процессов, но и вступает в воображаемый диалог со своим близким человеком, чтобы использовать силу эмпатии и любви для трансформации. Сценарий для руководства этим вмешательством является в высшей степени директивным и линейным. Он был разработан таким образом, чтобы увеличить вероятность трансформации, и поэтому мы настоятельно рекомендуем его использовать, как описано выше. Порядок этапов и способы их построения были разработаны таким образом, чтобы обеспечить приверженность к вмешательству и привести к оптимальной обработке (см. приложение К). Ниже приведен пример его применения в клинических условиях. Заинтересованные читатели могут также просмотреть сопутствующее этой книге видео [American Psychological Association, 2020], где Адель Лафранс демонстрирует применение этой техники с матерью, которая использует паттерны чрезмерной защиты и приспособления в ответ на страдания своего сына.

## **Иллюстрация работы с блоками у опекуна**

### **Этап 1**

При инициировании работы с блоками у опекуна со стулом терапевт и лицо, оказывающее уход, работают вместе, чтобы определить поведение-мишень.

**Терапевт.** Лаура, насколько я понимаю, часть вас считает, что это плохая идея — выполнять задания поведенческого коучинга, о которых мы говорили для вашей дочери.

**Лаура.** Да, я определенно боюсь подтолкнуть ее к краю.

Как только поведение-мишень идентифицировано (отступление), терапевт ставит два стула лицом друг к другу (“я” и “другой” стул) и приглашает опекуна сесть на “другой” стул справа от терапевта.

## Этап 2

В нашем примере терапевт предлагает матери представить себя сидящей на стуле напротив нее. Ее просят изобразить ту часть себя, которая пугает ее (воображаемую на другом стуле), чтобы она “отступила”. Терапевт поддерживает мать, чтобы она могла четко объяснить причины, по которым часть ее считает, что активная поддержка дочери может привести к негативным результатам для всех вовлеченных сторон. Терапевт тщательно выстраивает мотивацию, чтобы избежать переживания подавляющей эмоции, если опекун не делает этого спонтанно.

**Терапевт.** Лаура, поначалу это может показаться немного странным, но я хочу предложить вам представить себя сидящей на стуле напротив. Станьте той частью себя, которая убеждает вас отступить.

**Лаура.** *(На “другом” стуле, изображая ту часть себя, которая пугает ее.)* Лаура, не подталкивай ее. Не заставляй ее вставать с постели и смотреть в лицо страху. Ты же видишь, как ей больно. Если ты это сделаешь, то столкнешь ее с края пропасти. Она может вычеркнуть тебя из своей жизни. Она может даже покончить с собой. Если с ней случится что-то плохое, это будет твоя вина, и ты не сможешь жить с этим. Ты не сможешь пережить это чувство вины *(низкая самооффективность с эмоциями)*. Так что не дави на нее. Продолжай ходить на цыпочках. А еще лучше просто оставить все как есть и надеяться на лучшее.

*(Терапевт предлагает Лауре пересест на стул “я” слева от него.)*

### Этап 3

Теперь опекуну предлагается представить своего близкого человека на стуле напротив (справа от терапевта). Терапевт предлагает краткое изложение содержания, которым опекун может поделиться со своим подопечным, сосредоточив внимание на проблемном поведенческом паттерне опекуна, обосновании защиты близкого человека и опекуна от эмоциональной боли и связанных с ней негативных последствий.

На этом этапе вмешательства нередко опекуны начинают бороться со своими страхами. Они могут даже выразить решимость поддерживать своего близкого человека более активным образом. Несмотря на то что это позитивное развитие в обработке блока, опекунов продолжают просить двигаться через этапы для более глубокой обработки. Другие могут выразить нежелание поделиться этим посланием со своим близким человеком из чувства вины или стыда. В этом случае терапевт признает и валидирует опыт опекуна и предлагает утешение, что они не должны делиться этим содержанием со своим близким человеком в “реальной” жизни. Скорее, они вовлечены в активный процесс трансформации, из которого (к сожалению) есть только один выход.

**Опекун.** *(На “я”-стуле.)* Эшли, я не собираюсь давить на тебя. Я не собираюсь пытаться вытащить тебя из постели, и я не собираюсь насильно выводить тебя из дома. Я слишком боюсь, сделав это, причинить тебе так много страданий, что в худшем случае ты покончишь с собой. Если я заставлю тебя страдать или подтолкну тебя к краю пропасти, я буду вечно винить себя, и не смогу справиться с чувством вины, стыда и боли за то, что так сильно подвела тебя. Я никогда не справлюсь с этим. Так что я не собираюсь давить на тебя. Я бы предпочла иметь больного ребенка, а не мертвого.

*(Терапевт предлагает опекуну пересесть на “другой” стул справа от него.)*

### Этап 4

Теперь терапевт просит мать взять на себя роль дочери и ответить на то, что она услышала. Если опекун как близкий человек реагирует с покорностью, облегчением, согласием или гневом, терапевт позволяет

“близкому” выразить эту реакцию, а затем просит его высказать более уязвимые чувства, которые спрятаны глубоко. Терапевт поддерживает опекуна как близкого человека, предлагая ему валидацию в ответ на его страхи как форму самосострадания.

**Опекун.** *(На “другом” стуле, изображая свою дочь.)* Ну, мама, тебе давно пора это сделать. Я уже целую вечность прошу тебя оставить меня в покое. Я не хочу вставать с постели, я уверена, что не выйду из дома, и я не хочу иметь ничего общего с этим дурацким лечением. Это все равно не сработает. Я рада, что ты наконец пришла в себя *(согласие/гнев)*.

**Терапевт.** Хорошо, Эшли *(обращаясь к опекуну “как подопечному”)*, сделайте глубокий вдох и выдох. Можете ли вы поделиться с мамой сокровенными мыслями? Тем, что скрывается под этой бравадой?

**Опекун.** *(Снова на “другом” стуле, изображая свою дочь.)* Мама, когда ты слишком боязлива, когда отступаешь, я в конце концов чувствую себя совсем одинокой. Я чувствую себя разбитой и очень боюсь, что застряну в этом вихре навсегда.

**Терапевт.** Не могли бы вы попытаться закончить предложение: “Мама, я могу понять, почему ты отказываешься подталкивать меня, потому что...”

**Опекун.** Мама, я могу понять, почему ты отказываешься подталкивать меня, потому что я кричу и ругаюсь, и потому что ты знаешь, как больно мне смотреть в лицо своим страхам. Я знаю, это потому, что ты любишь меня. Но думаю, есть часть меня, которая хочет и нуждается в том, чтобы ты продолжала подталкивать меня. Если ты этого не сделаешь, я боюсь, что в конечном итоге у меня не будет ничего и никого. Я не могу сделать это сама. Пожалуйста, не позволяй мне отпугнуть тебя.

Наконец, терапевт побуждает мать, изображающую свою дочь, поделиться причинами, по которым она жаждет, чтобы ее опекун был тем, кто будет поддерживать ее таким образом. Этот последний компонент

важен для использования силы любви, чтобы трансформировать страх, питающий блок опекуна.

**Опекун.** *(Снова на “другом” стуле, изображая свою дочь.)* Мама, я хочу, чтобы ты продолжала бороться за меня, потому что я тебе доверяю. Я знаю, что ты хочешь для меня только самого лучшего. Если кто и может мне помочь, так это ты. Я знаю, как сильно ты меня любишь, и я люблю тебя больше всех на свете, даже если не всегда это показываю.

*(Терапевт предлагает опекуну пересесть на стул “я” слева от него.)*

## Этап 5

Терапевт предлагает матери поделиться тем, каково это было — воплотить опыт своего близкого человека и реагировать с этой точки зрения. Опекуны часто выражают смесь грусти и сожаления о том, что неверно истолковывали сигналы своего близкого человека, а также более глубокое понимание своих истинных уязвимых потребностей.

Затем опекуны завершают упражнение, в последний раз представив своего подопечного на стуле напротив, поддерживая его, явно выражая любовь и сострадание. Терапевт просит опекуна сказать близкому человеку, что он будет делать по-другому, чтобы поддержать его.

**Опекун.** *(На “я”-стуле.)* Эшли, я не собираюсь отказываться от тебя. Я помогу тебе встать с постели, и вместе мы заставим тебя двигаться. Я больше не позволю твоей депрессии и тревоге держать тебя взаперти в доме. Я знаю, что ты рассердишься и прикажешь мне остановиться, но я воспользуюсь теми методами, которым научилась, чтобы облегчить твои страдания. Мы сделаем это вместе. Я тоже люблю тебя, милая, и я искренне сочувствую тебе. Я действительно так думаю.

Наконец, терапевт в нашем примере направляет мать, чтобы она предупредила дочь о том, что она может соскользнуть назад и снова действовать в соответствии со своими страхами, но мать будет продолжать свои усилия по поддержке дочери с обновленной уверенностью и убежденностью. Этот компонент этапа 5 является своего рода прививкой, поскольку

терапевт подготавливает опекуна к возможным неудачам. Это поможет опекунам найти в себе силы продолжать работать, даже когда подопечные вновь вступают в контакт со своим проблемным паттерном, чувствуют страх, разочарование или безнадежность.

**Опекун.** *(Снова на стуле “я”.)* Эшли, я, без сомнения, буду делать ошибки. Будут моменты, когда я захочу отступить, и когда я буду подталкивать, я не всегда буду делать это идеально. Но я обещаю, что буду продолжать работать с тобой, чтобы пройти через это. Даже если я совершу ошибку или промахнусь, я переориентирую свои усилия на то, чтобы валидировать твою боль и вытащить тебя из постели и из дома.

*(Терапевт предлагает опекуну пересесть на “другой” стул справа от него.)*

## Этап 6

Терапевт предлагает опекуну взять на себя роль своего близкого человека в последний раз, чтобы поделиться тем, как он чувствует себя, услышав намерения своего опекуна о поддержке. Важно предложить выражение искреннего ответа и разрешить более чем одну эмоциональную реакцию, если это уместно. Как и на этапе 4, если опекун, как близкий человек, выражает гнев, важно, чтобы терапевт руководил выражением как гнева, так и более уязвимых глубинных эмоций, включая облегчение и благодарность, если опекун, как близкий человек, не делает этого спонтанно.

**Опекун.** *(На “другом” стуле, изображая свою дочь.)* Я чувствую такое облегчение. Я так боюсь, мне действительно нужно, чтобы ты меня подтолкнула. Я знаю, что мне будет очень тяжело, но спасибо тебе за то, что ты сражаешься за меня... со мной. Я тебя так люблю. Я так тебе благодарна.

*(Терапевт предлагает опекуну в последний раз пересесть на “я”-стул слева от него.)*

## Этап 7

На этом заключительном этапе терапевт вовлекает опекуна в обсуждение полученного опыта, выделяя полученные знания и намечая



возможные планы движения вперед. Если это уместно (как в показанном выше сценарии), терапевт обсуждает с опекуном важность использования навыков эмоционального коучинга при поддержке изменений в поведении, особенно если существует вероятность сопротивления, а вмешательства, как ожидается, приведут к дистрессу.

### **Ожидаемые результаты**

Возможные результаты этой работы весьма многочисленны. Как минимум работа с блоками повышает осведомленность опекунов об их паттернах, основанных на страхе. По нашему опыту, опекуны часто выражают искреннее удивление после упражнения со стулом. В некоторых случаях их новообретенного понимания своего внутреннего процесса и опыта близкого человека оказывается достаточно, чтобы освободить их от власти блока. Работа с блоками у опекунов также помогает им проявлять глубокое сочувствие к близкому человеку, улучшая понимание истинных потребностей подопечного (которые они обычно не могут выразить словами), а также мобилизуя лиц, осуществляющих уход, для участия в задачах восстановления. При таком вмешательстве опекуны могут также извлечь пользу из повышения своей уверенности и умения работать с собственными болезненными эмоциями, поскольку на протяжении всего процесса они получают безусловное положительное отношение и поддержку со стороны терапевта. Повысив самоэффективность в отношении обработки собственных эмоций, они оказываются лучше подготовленными к тому, чтобы поддерживать своего близкого человека в этом процессе.

В то время как многие негативные эмоции (например, страх, стыд, обида) сужают фокус внимания и гибкость, вызывая определенные тенденции к действию (например, побег, нападение), позитивные эмоции расширяют репертуар реакций, побуждая рассматривать более широкий спектр мыслей и действий. Расширенные репертуары мыслей и действий также являются строительными блоками личностных ресурсов, важных для лиц, осуществляющих уход, таких как жизнестойкость, оптимизм и креативность [Fredrickson & Branigan, 2005]. Таким образом, когда опекуны выражают и углубляют любовь и сострадание к своему близкому человеку и от него, даже если это происходит в воображении, они вовлекаются в этот процесс психологического “расширения” и извлекают пользу из полученных положительных результатов.

Наконец, и это, возможно, самое важное, личные ресурсы, выработанные во время этих состояний положительных эмоций, долговечны, и поэтому, даже если блок не будет полностью разрешен, опекуны будут лучше подготовлены к тому, чтобы справиться с тем, что происходит, когда они поддерживают своего близкого человека в его выздоровлении.

Упражнение со стульями может полностью снять блок у опекуна. Это происходит благодаря трансформации эмоций у опекунов, таких как страх и стыд, в более адаптивную и жизненно важную эмоцию “приближения” — любовь. Этот механизм изменения наиболее заметен в EFT, где важной целью является вызов дезадаптивных эмоций (страха и стыда) не для получения нужной информации и мотивации, а для того, чтобы сделать их доступными для трансформации [Greenberg, 2017]. Со временем коактивация более адаптивных эмоциональных состояний (любовь) вместе с дезадаптивными эмоциями или в ответ на них способствует их трансформации. Для активизации этого процесса изменений было разработано вмешательство в виде работы с блоками у опекунов с помощью стула.

Возможные результаты, описанные здесь, могут происходить в течение одного или нескольких сеансов. Некоторые опекуны даже выиграют от нескольких итераций работы с блоками с помощью стула, ориентированных на один и тот же шаблон. С каждым повторением появляются новые идеи и мысли, подкрепляются более адаптивные нейронные сети, даже если в конце сеанса опекуны все еще кажутся затронутыми своими страхами или представляются смущенными или усталыми. Это может занять несколько часов или дней, прежде чем они смогут интегрировать изменения, которые произошли. Многие терапевты на супервизии рассказывали: им казалось, будто они не смогли поддержать опекуна, а на следующей неделе опекун вдруг сообщал, что действительно выиграл от вмешательства и занялся новым и позитивным поведением, чтобы поддержать близкого человека.

## **Дополнительные соображения**

Важно отметить, что, хотя опекуны могут извлечь большую пользу из курса индивидуальной терапии, эта работа сосредоточена на снятии блоков, чтобы воспитатели могли поддержать их близкого человека более продуктивными способами. Это не значит, что мы против

личной терапии опекунов или решения их собственных проблем, что может послужить только на благо семьи. Однако считаем, что опекуны не должны делать это только для того, чтобы играть значительную роль в психическом здоровье своего близкого человека.

Как говорилось в главе 1, один из руководящих принципов работы заключается в концепции эффекта одного градуса. Это означает, что клиницисты стремятся облегчить изменение в опекунах, которое соответствует одному градусу, зная, что это может быть началом важных изменений с течением времени. Наконец, одна из главных сильных сторон модуля для работы с блоками у опекунов заключается в том, что большинство инструментов и методов могут быть легко интегрированы в другие методы лечения, независимо от того, является семья основной целью лечения или нет. Например, их можно внедрить в группы “Семья и друзья”, чтобы сформировать систему поддержки клиента для создания более благоприятных условий для выздоровления.

## Резюме

Поддержка лиц, осуществляющих уход, чтобы понять, выявить и проработать блоки, является одним из важнейших компонентов ФЭСТ-модели. Таким образом, опекуны вновь обретают мудрость своих инстинктов, освобождаются от оков страха и укрепляют уверенность и решимость поддерживать своего близкого человека, чтобы добиться изменений, необходимых для физического и эмоционального здоровья. Хотя мы представили целый ряд инструментов и методов для этого, список не является исчерпывающим. На самом деле клиницисты могут творчески подумать о том, как еще они могут поддерживать опекунов таким образом. Например, любая техника, которая имеет эффект регулирования нервной системы опекуна (с помощью юмора, движения, музыки или дыхания), скорее всего, окажется плодотворной. Если клиницисты не уделяют внимания блокам у опекунов и не обрабатывают их, то пациент будет захвачен этими блоками и подвергнется повышенному риску вовлечения в препятствующее терапии поведение [Stillar et al., 2016]. К сожалению, именно такое поведение может заставить клиницистов усомниться в целесообразности участия опекуна или рассмотреть план лечения, направленный на повышение автономии клиента от своей семьи. Вместо этого модуль ФЭСТ, направленный на блоки

у опекунов, побуждает клиницистов концептуализировать эти препятствующие терапии формы поведения как исходящие от мощных и дезадаптивных эмоций, которые мешают здоровому инстинкту опекунов и расширению возможностей перед лицом борьбы их близких. Активно наблюдая за блоками у опекунов и валидируя их, клиницисты могут помочь пациентам восстановить связь с их внутренней системой наведения, а также избавить их от эмоциональной боли. Это также может способствовать спонтанному росту “я”, когда опекун естественным образом чувствует себя более способным взять на себя задачи восстановления. По этой причине клиницисты и терапевты ФЭСТ не оценивают способность лиц, осуществляющих уход, к взаимодействию в определенный момент времени. Скорее, они постоянно оценивают наличие блоков, нуждающихся в трансформации, чтобы раскрыть в опекунах их потенциал стать мощными и позитивными агентами перемен.

### **МНЕНИЕ КЛИНИЦИСТА**

До того как я узнала об эмоциональных блоках и ФЭСТ, я работала со многими родителями, которые, несмотря на мотивацию поддерживать своего ребенка, не могли решать те задачи, о которых мы договорились между сеансами. Изучение этого модуля помогло мне лучше понять страхи и эмоциональные блоки у родителей и предоставило мне специальные инструменты, которые помогут родителям обрабатывать эти типы блоков, особенно работу со стулом. Хотя эта конкретная интервенция изначально вызвала мое беспокойство, уверенность в ее использовании на сеансе выросла благодаря практике и супервизии, где я беру на себя роль моего клиента (т.е. родителя), а мой супервизор облегчает интервенцию. Я обнаружила, что использование сценария на сессии также полезно, потому что я не так сосредоточена на попытках запомнить каждый этап, и вместо этого я могу оставаться со своими клиентами и отслеживать их опыт. В своей практике я обнаружила, что помощь родителям в работе с блоками, используя работу со стулом, обычно приносит чувство облегчения и обновляет мотивацию для нас обоих.

— Психолог